FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 77

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN-GEORGES MEZGER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 28 Avril 1903

A propos du Traitement Chirurgical

DES

PLEURÉSIES PURULENTES TUBERCULEUSES

ESSAI DE PLEUROTOMIE SANS DRAINAGE ET DE VACCINOTHÉRAPIE

DANS UN CAS

DE PLEURÉSIE FISTULISÉE

Président : M. SERGENT, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1930

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

M. 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN-GEORGES MEZGER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 28 Avril 1903

A propos du Traitement Chirurgical

DES

PLEURÉSIES PURULENTES TUBERCULEUSES

ESSAI DE PLEUROTOMIE SANS DRAINAGE ET DE VACCINOTHÉRAPIE

DANS UN CAS

DE PLEURÉSIE FISTULISÉE

Président : M. SERGENT, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1930

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIÈRRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	BRANCA
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgic.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédiqu chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur SERGENT

Professeur de clinique propédeutique
a la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a guidé mes premiers pas dans la carrière médicale, et qui a bien voulu me faire l'honneur de présider cette modeste thèse. Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de ma très respectueuse reconnaissance.

A M. le Docteur GUILLEMOT

Médecin de l'hopital Bretonneau

Qui fut toujours pour moi le plus bienveillant des maîtres. Son aide paternelle fut mon meilleur appui au cours de mes années d'étude. Je le prie d'accepter ici cet humble hommage en souvenir de son affection pour moi.

A M. le Docteur Pierre PRUVOST

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et guidé à chaque pas de ses conseils, en témoignage de notre profond attachement et de notre reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'INSTITUT PASTEUR

et

A M. le Docteur DUMAS

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chef de Laboratoire

Qui nous a reçu dans son laboratoire avec la plus grande bienveillance. Modeste gage de ma gratitude pour son précieux enseignement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Professeur HARTMANN.
M. le Docteur MOUCHET.
M. le Docteur RIBIERRE (*in memoriam*).
M. le Professeur agrégé LENORMANT.
M. le Professeur agrégé A. CLERC

Externat

M. le Professeur agrégé SOULIGOUX.
M. le Docteur FUNCK BRENTANO.
M. le Docteur Pierre PRUVOST.

A L'ASILE D'HENDAYE

M. le Docteur MORANCÉ.

Introduction

Grâce à l'obligeance de MM. Pierre Pruvost et Jean Quénu, il nous a été donné de suivre la longue évolution d'une pleurésie purulente tuberculeuse.

De nombreux traitements furent mis en œuvre : des thracenthèses, puis un oléothorax qui ne suffirent ni les uns ni les autres à enrayer le processus pleural.

C'est alors que MM. Pierre Pruvost et Jean Quénu ont eu la hardiesse de proposer un traitement chirurgical nouveau. Ils l'ont appliqué avec succès.

Grâce à lui, grâce aussi à l'Allergine du Professeur Jousset, des résultats inespérés ont été obtenus. Aussi à propos de cette observation, nous détacherons quelques remarques cliniques et thérapeutiques. Surtout nous nous proposerons de grouper les traitements modernes préconisés récemment dans les pleurésies purulentes tuberculeuses : nous aurons surtout en vue les traitements chirurgicaux qui sont l'objet de discussions répétées et pleines

d'intérêt dans les Congrès et dans les Sociétés, en particulier à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Observation Clinique

Rc... Chap..., née le 16 février 1911, entre au sanatorium de Villepinte, le 26 septembre 1925 ; elle vient de l'hôpital Debrousse où elle a été soignée pour une *pleurésie purulente droite* qui a été évacuée trois fois. En outre, *son expectoration est bacillifère.*

Dès cette époque, on constate de la matité sur toute la hauteur du poumon droit avec diminution des vibrations et de la respiration ; quelques craquements sont perçus sous la clavicule. Le poumon gauche paraît sain.

A la radioscopie, tout l'hémithorax droit est sombre, l'opacité étant toutefois plus accentuée à la base où l'on ne peut apercevoir le sinus, et au sommet où une tache noire de la grosseur d'une orange est notée. Le poumon gauche est transparent.

Les signes restent les mêmes pendant quelques mois, l'état général étant à peu près stationnaire, le poids oscillant aux environs de 39 à 38 kilos, la température au-dessous de 37°, l'expectoration contenant toujours des bacilles de Koch.

Le diagnostic de symphyse pleurale totale droite

avec signes humides sous la clavicule avait été porté, en raison du résultat négatif des ponctions exploratrices pratiquées à plusieurs reprises.

En janvier 1926 nous voyons cette malade pour la première fois, et trouvons un syndrome analogue avec matité étendue, disparition des vibrations, souffle expiratoire dans la région hilaire postérieure. Mais loin de constater des signes de rétraction thoracique nous notons une *ampliation de l'hémithorax droit avec déviation de la trachée et du cœur vers la gauche*, signes qui sont confirmés par l'examen radioscopique, la paroi thoracique paraissant refoulée, l'hémithorax étant complètement opaque du sommet à la base.

Durant l'année 1926 l'état général s'améliore, le poids de 38 kilos passe à 40, la température reste la même, assez régulière, plutôt au-dessous de 37° ; les Bacilles de Koch sont toujours présents dans les crachats ; *le foyer de bruits adventices sous-claviculaire disparaît, alors qu'augmente l'ampliation de l'hémithorax droit*, et le refoulement de la trachée et du cœur de plus en plus net, du foie également, dont le bord inférieur déborde le thorax de deux travers de doigt.

En présence d'un pareil syndrome, convaincu de la présence de liquide et de son abondance, nous pratiquons, en des endroits variés à différentes reprises *des ponctions exploratrices qui toutes restent négatives*.

Au début de 1927, l'affection qui jusque là avait été bien supportée s'aggrave, une *dyspnée progressive* s'installe, qui nous fait surveiller de plus près cet épanchement. Enfin, après avoir fait une nouvelle ponction exploratrice, et avoir aspiré sans résultat, nous trouvons, l'aiguille retirée de la paroi, *une gouttelette de pus très épais*, que nous n'étions pas encore parvenu à mettre en évidence, *pus contenant de nombreux Bacilles de Koch*.

Le diagnostic de pleurésie purulente bacillifère étant porté, le liquide étant certainement très abondant en raison du refoulement des organes, la dyspnée s'accentuant, nous nous décidons à évacuer le liquide, forcés de prendre un gros trocart en raison de la consistance du pus.

Trois thoracentèses sont pratiquées en mars et avril, *très pénibles, très lentes* (1 h. 1/2), ne donnant issue chaque fois qu'à 200 ou 300 gr. de pus, malgré des injections d'huile goménolée et des insufflations d'air. A la radio, on aperçoit nettement le niveau du liquide, au niveau de la clavicule, la poche gazeuse, très petite, occupant le sommet.

En somme, malgré nos efforts, nous ne parvenons pas à évacuer cet épanchement, et malgré les précautions prises, une fistule pleurale apparaît en mai 1927, laissant passer très peu de pus.

Devant ces difficultés et en raison de l'infection secondaire qui ne tarde pas à s'installer, nous décidons d'avoir recours à une *intervention chirurgicale*. Nous demandons à notre interne B..., *d'évacuer*

le liquide et de refermer immédiatement après la plaie opératoire, après avoir excisé les parois de la fistule.

Le 24 mai 1927 il procède donc à cette *première* intervention, à l'anesthésie locale, incise dans le 9e espace intercostal, ouvre la plèvre, *évacue 3 litres environ de pus extrêmement épais*, crémeux, sans odeur, contenant quelques grumeaux et quelques rares membranes à la fin, après excision de la fistule et ligature de quelques artérioles et lavage de la paroi musculaire au chlorure de zinc, il ferme la paroi cutanée sans drainage ; les suites sont normales.

A la radioscopie, l'image de pyopneumothorax est typique, mais contrairement à ce qui se voyait sur les images précédentes, la plus grande partie de l'hémithorax est claire, le liquide opaque n'occupe qu'une partie minime de la base sur 3 travers de doigt.

Le 5 juin, nous explorons cette cavité et après introduction de 50 centimètres cubes d'air, la pression intrapleurale passe de — 1 à + 1.

Nous décidons de faire alors un *bloquage huileux de la plèvre* pour essayer de la stériliser et d'empêcher la reproduction du liquide. Immédiatement nous introduisons 15 centimètres cubes d'huile goménolée à 2 %, pour tâter la susceptibilité de la plèvre.

Le 9 juin, nous injectons 50 cmc. d'huile goménolée à 4 % et prenons la pression intrapleurale : — 1 avant, + 6 après. Le 15, nouvelle injection

d'huile goménolée 100 cmc. à 6 %. Le 27 enfin nous terminons l'oléothorax en introduisant 650 cmc. d'huile goménolée à 5 % et en retirant 700 cmc. d'air. Pression terminale + 1. Ces différentes injections huileuses sont parfaitement tolérées, sans aucune réaction fébrile, la température oscillant plus ou moins régulièrement au-dessous de 37°.

Notons qu'à partir de ce moment le poids qui avait baissé de 40 k. à 39 k. se maintient stationnaire : l'état général qui avait fléchi, devient meilleur ; *l'examen des crachats et des selles pour la première fois est négatif. Les premières règles apparaissent.*

Malheureusement ce résultat heureux ne persiste pas. En août, la cicatrice opératoire qui était parfaite devient violacée à une extrémité, quelques jours après *la fistule est ouverte à nouveau*, et laisse bientôt sortir une grande quantité de liquide oléopurulent. A partir de ce moment un état subfébrile s'installe oscillant entre 37° et 38°, le facies est altéré, le poids diminue rapidement et descend jusqu'à 35,500, les règles sont arrêtées.

La situation s'aggravant de jour en jour, nous demandons à notre ami Jean Quénu de prendre cette malade dans son service et *d'intervenir à nouveau chirurgicalement.*

La petite malade est extrêmement maigre (33 kgr. 500) présentant une fistule pleurale à la partie postérieure du 10e espace intercostal droit.

Un examen radioscopique pratiqué le 21 septembre montre dans la plèvre droite l'existence de deux

niveaux liquidiens superposés, animés de mouvements ondulatoires à la moindre secousse. La couche liquide supérieure est plus opaque que l'inférieure. Le cathétérisme du trajet fistuleux au stylet sous l'écran montre que l'orifice interne siège sensiblement au point déclive de l'épanchement.

Le 22 septembre, on introduit une tige de laminaire dans le trajet fistuleux.

Le 23 septembre, ablation de la tige de laminaire. Le trajet ainsi dilaté donne issue à un litre environ d'un mélange d'huile et de pus épais, jaune verdâtre, sentant fortement le goménol. Après évacuation complète, on introduit un drain dans le trajet. Par ce drain, on irrigue largement la cavité pleurale au liquide de Dakin pendant 5 jours (du 24 au 29).

Examen bactériologique du liquide retiré (Dr Vaudet) : leucocytes très altérés, nombreux staphylocoques, *pas de bacilles de Koch* décelables directement.

La température, tombée à 36°8 le lendemain de l'évacuation de l'épanchement, se maintient à 37°.

Le 29 septembre, deuxième intervention, sous anesthésie locale à la novocaïne, excision large de la fistule, qu'on enlève en bloc, en passant en tissu sain. On referme hermétiquement la paroi par trois plans de suture superposés.

Suites opératoires très simples.

Le 7 octobre, on enlève les fils. La cicatrisation parfaite est obtenue, par première intention. La malade commence à se lever.

Le 14 octobre, nous reconstituons l'oléothorax : injection endopleurale de 850 grammes d'huile goménolée à 5 % ; soustraction de 650 cc. d'air, pression terminale : — 4.

Le 24 octobre 1927, la malade quitte le service en bon état, sans fièvre ; elle pèse 38 kgs 400, soit 4 kgs 900 de plus que le jour de son entrée.

Pendant les semaines qui suivent son retour à Villepinte, l'état général continue à s'améliorer, la malade se transforme littéralement, mais à vrai dire pour peu de temps. Le 5 novembre, la température qui oscillait au-dessous de 37° remonte et se maintient entre 37° et 38° en même temps qu'apparaît une *tuméfaction douloureuse* dans la région de la cicatrice opératoire, *tuméfaction thoracique* qui s'étend petit à petit et prend des proportions inquiétantes, du volume du poing environ, la surface cutanée devenant rouge, violacée et suintante.

Redoutant une nouvelle pleurotomie qui était susceptible de laisser une plaie ouverte avec toutes ses conséquences, redoutant une fistule si nous avions recours à une thoracentèse, nous décidons à commencer *un traitement par le vaccin de Jousset* en raison de l'absence de lésions pulmonaires évolutives.

En effet, depuis juin, les bacilles de Koch ont disparu de l'expectoration, la fièvre est absente, abstraction faite des poussées pleurales que nous avons signalées, le poumon a été complètement collabé dans la région du hile depuis des mois successive-

ment par le pus, l'air et l'huile. L'autre côté étant indemne de foyers apparents, nous estimons donc ne pas courir grand risque.

Ajoutons que la *cutiréaction à la tuberculine brute* est très fortement positive et que les oscillations thermiques n'atteignent pas un degré.

Les *injections de vaccin* sont commencées le 12 novembre. La première, d'un demi-centimètre cube, est suivie d'une réaction thermique très discrète, 37°8 le soir et 37°7 le lendemain matin au lieu de 37° ; le 14, la deuxième injection est de un centimètre cube, la réaction est tardive et minime, atteignant 38°4 le surlendemain. Localement, on note une réaction locale modérée.

Mais ce qui frappe immédiatement *après les deux injections, c'est la disparition de l'état fébrile et de la tuméfaction thoracique*. De ce côté, tout rentre dans l'ordre, aucune menace d'empyème de nécessité, aucun suintement. En quinze jours, la cicatrice opératoire a repris son aspect normal.

Nous avons continué les injections de vaccin pendant 5 mois environ en les renouvelant tous les 8 jours et en nous contentant les premiers temps de un demi-centimètre cube. D'abord assez nettes, quoique modérées, les réactions thermiques atteignaient 38°3 ou 38°4 et ne duraient que 24 heures. Vers le mois de février 1928, comme elles étaient moindres, nous avons cru bien faire en revenant à la dose de un cmc. puis 1 cm. 5 ; les réactions d'ailleurs malgré cela restèrent minimes, à peine mar-

quées, de quelques dizièmes, n'atteignant pas 38° et dénivelant un peu la courbe régulière qui oscillait entre 36°8 et 37°2 ou 37°5. D'ailleurs en février une autre raison nous incite à augmenter la dose de vaccin, c'est *l'apparition d'un suintement léger à la partie inférieure de la cicatrice opératoire rétractée, avec apparition de quelques gouttes de pus et d'huile.* Les injections un peu plu fortes de vaccin amenèrent en huit jours l'arrêt de ce suintement et la cicatrisation complète.

En avril 1928, la plaie étant tout à fait guérie, depuis plusieurs semaines, la malade étant tout à fait transformée, le poids ayant passé progressivement de 38 kg. 500 à 41 kg. 300, les règles étant à nouveau revenues, *nous interrompons le vaccin.*

Depuis cette époque, aucun traitement spécial n'est appliqué, l'amélioration continue ; rien de particulier n'est à signaler. L'hémithorax droit est mat, silencieux et opaque ; à la radio on distingue parfaitement l'opacité de l'huile qui occupe presque toute l'étendue de la cavité, l'opacité du pus n'occupant qu'une hauteur de 4 travers de doigt environ au-dessus de l'extrémité du sein et venant affleurer la cicatrice opératoire. Le poids continue à s'accroître, jusqu'en octobre il atteint presque 45 kilos.

Fait intéressant, à la fin de juillet, un point de la cicatrice laisse écouler un peu de pus. *Cette nouvelle menace de fistulisation est arrêtée presque immédiatement par la reprise des injections de vaccin*, à raison de un centimètre cube chaque fois et depuis

ce moment tous les 10 jours environ, nous renouvelons la dose qui, comme précédemment, n'amène qu'une réaction thermique minime.

En décembre 1928, la situation est aussi satisfaisante que possible. Très alerte, la malade tout en continuant la cure de repos intermittente au sanatorium, a repris une existence presque normale, et n'éprouve ni gêne ni dyspnée, supportant très bien son oléothorax et la présence du pus qui persiste en petite quantité dans la plèvre sans avoir tendance à augmenter.

Cependant au début de 1929, la cicatrice commence à rougir et une petite fistule se rouvre, limitée, étroite par où s'écoule à nouveau une petite quantité de liquide.

Une troisième intervention chirurgicale est pratiquée selon les mêmes principes, sous anesthésie locale. Après excision en bloc du trajet fistuleux, on suture la plaie qui se ferme aussitôt. Cette pleurotomie est suivie d'une série d'injections d'Allergine qui nous ont semblé notablement aider la cicatrisation de la plaie opératoire.

Le liquide résiduel qui n'existe que dans le cul-de-sac est, non plus purulent, mais séro-hémorragique. Aussi nous n'avons pas renouvelé l'oléothorax, espérant bien obtenir sans lui la guérison de la pleurésie qui nous semble en bonne voie comme en témoignent l'absence de fièvre, le bon état général, la transformation du liquide et la disparition des bacilles à l'examen direct.

Actuellement, en octobre 1929, le pneumothorax a complètement disparu et le poumon a repris sa place dans le thorax. A la radioscopie, on constate que le liquide pleural a considérablement diminué et que, de plus, il s'est enkysté, n'occupant plus que la région axillaire. Il existe, par contre, une rétraction très marquée de la paroi (contrairement à ce qu'on trouvait au début) ce qui nous fait espérer une symphyse progressive, processus relatif de guérison, presque inespéré dans une forme aussi grave et aussi tenace de pyothorax tuberculeux.

Considérations Cliniques et Thérapeutiques à propos de l'Observation

En résumé, notre observation présente quelques particularités intéressantes du double point de vue clinique et thérapeutique.

1. *Au point de vue clinique :*

1° Nous remarquerons d'abord l'action relativement favorable de l'épanchement pleural vis-à-vis des lésions parenchymateuses sous-jacentes : la compression pulmonaire progressive ainsi réalisée semble avoir joué le rôle d'une véritable collapsothérapie et avoir contribué à la guérison relative des foyers sous-corticaux en mettant le poumon au repos. L'oléothorax n'a fait que continuer cette action purement mécanique et consolider les résultats déjà acquis. Les bacilles de Koch, à ce moment, ont disparu des crachats.

Et ce fait soulève le problème du pronostic de la pleurésie chez le tuberculeux, de l'influence qu'elle exerce sur l'évolution ultérieure de la tuberculose.

S'agit-il d'un événement salutaire? Oui, sans doute, et le fait est bien connu, lorsque l'épanchement pleural des tuberculeux est purement séro-fibrineux, réalisant un collapsus naturel. Oui, également dans notre observation, mais avec des réserves, puisqu'il a entraîné de plus une véritable cachexie, et finalement évolué vers une fistulisation, pour les classiques tout au moins. Enfin, selon les termes de M. Maurice Renaud dans une récente discussion à la Société Médicale des Hôpitaux, « il est difficile d'accepter l'idée qu'un poumon baignant dans un pus où fourmillent des bacilles, se trouve dans de bonnes conditions pour se cicatriser ».

2° Il est encore intéressant de noter la richesse du pus en bacilles tuberculeux. Les pleurésies purulentes habituelles sont faiblement bacillifères et même paraissent souvent stériles. Ici, l'examen direct du pus simplement étalé sur lame montrait de nombreux bacilles de Koch.

Sans vouloir mesurer la gravité d'une pleurésie purulente tuberculeuse à sa richesse en bacilles, on doit admettre que l'abondance de ceux-ci correspond à des formes graves et secondaires à des lésions pulmonaires. Dans la règle il s'agit de malades ayant présenté une véritable vomique pleurale par ouverture dans la plèvre d'un tubercule cortical. A cette ouverture fait suite un pneumothorax tantôt brutal et douloureux, tantôt latent, puis une pleurésie purulente riche en bacilles, la suppuration pul-

monaire continuant à se déverser directement dans la plèvre à son tour infectée.

Dans notre observation, s'il y avait bien des bacilles de Koch dans les crachats, on ne retrouvait pas de semblables antécédents, il n'y avait pas de pneumothorax, aussi cette éventualité nous semble-t-elle improbable. S'agissait-il d'un apport bacillaire par voie lymphatique ? (Rist). Ou devait-on penser à une pleurésie séro-fibrineuse ayant évolué vers la purulence? Ce nous semble non moins douteux, de tels mécanismes aboutissant à des pleurésies ordinairement pauvres en corps microbiens et l'expectoration étant bacillifère. Nous pensons plutôt qu'il s'agit d'une pathogénie déjà invoquée par M. Courcoux. Des lésions caséeuses sous-corticales envahissent lentement la plèvre dans laquelle se constitue un épanchement purulent d'emblée en dehors de toute vomique, de tout pneumothorax.

3° Et cette interprétation nous permet d'expliquer un autre caractère spécial au cas que nous avons observé : nous voulons parler de la consistance du pus, si grumeleux et si épais que la ponction exploratrice était négative : véritable caséum pleural. Et c'est là une circonstance assez rare dans ces pleurésies purulentes chroniques. A la longue, en effet, l'épanchement se modifie, devenant tantôt plus fluide (séro-grumeleux ou simplement louche), tantôt chyliforme, processus qui traduit l'atténuation progressive de l'inflammation pleurale et qui per-

met d'espérer une terminaison relativement favorable.

Ici, tout au contraire, malgré l'ancienneté de l'affection, malgré plusieurs évacuations antérieures, le pus devenait si épais que la thoracentèse ne pouvait plus vider la plèvre. Il ne s'agissait donc pas de l'abcès froid pleural qui n'est guère évolutif, qui apparaît en dehors de toute lésion pulmonaire grave et dont le pronostic est moins réservé, mais d'une pleurésie purulente secondaire à des lésions pulmonaires caséeuses qui avaient ensemencé la séreuse. Les antécédents de notre malade, les signes adventices sous-claviculaires qu'elle présentait à son entrée, ses crachats bacillifères, et l'évolution de la maladie nous permettent d'accepter cette conclusion comme la plus vraisemblable. C'est dire la gravité du pronostic que l'on devait porter chez elle.

4° Et enfin, circonstance aggravante, les thoracentèses étaient, sinon impossibles, du moins fatigantes, pour la malade, difficiles pour le médecin et forcément incomplètes. Elles n'avaient pu assécher la plèvre, ni améliorer l'état général. Elles avaient nécessité l'emploi de grosses aiguilles et eu pour conséquence directe et inévitable la formation d'une fistule avec l'infection secondaire habituelle. Ainsi s'expliquaient les difficultés du diagnostic : on pouvait croire à une pleurésie bloquée (fait rare dans les épanchements purulents) et surtout à une pachypleurite. Ainsi s'expliquaient encore les difficultés du traitement.

II. *Au point de vue thérapeutique :*

En mai 1927, l'avenir de notre malade semble désespéré. L'épanchement n'a pu être évacué ? Non seulement les thoracentèses ont été insusantes, mais encore elles ont provoqué une fistule pleurale et une infection secondaire. Des troubles fonctionnels par gêne mécanique persistent, des signes généraux s'aggravent.

Nous nous sommes décidés, contrairement aux doctrines classiques, à pratiquer à l'anesthésie locale une pleurotomie pour évacuer le pus, comme l'avait déjà fait préconiser M. Maurice Renaud. Nous en avons profité pour exciser la fistule. Mais contrairement à ce qu'il propose, nous n'avons pas drainé ; nous avons refermé aussitôt la brèche opératoire, ce qui évite la grosse objection à sa méthode : les surinfections.

Nous avons dû répéter cette intervention à deux autres reprises au cours des années 1927 et 1928. Mais chaque fois la petite opération fut très bien supportée ; chaque fois la brèche opératoire se referme facilement et avec rapidité? Nous avons conscience d'avoir amélioré sensiblement notre malade alors que tout semblait perdu, d'avoir prolongé son existence, et peut-être plus tard pourrons-nous dire l'avoir guérie.

Ce résultat favorable constitue pour nous un précieux encouragement. Sans vouloir proposer cette méthode comme traitement habituel dans les pleu-

résies purulentes tuberculeuses, nous pensons que, dans un certain nombre de cas, elle est susceptible de donner les mêmes satisfactions. Nous nous efforcerons plus loin d'en préciser les indications en discutant les techniques chirurgicales de la thérapie des pleurésies purulentes tuberculeuses.

Enfin, nous ne voudrions pas terminer ces quelques remarques thérapeutiques sans remercier M. le Professeur Jousset. Avec sa bienveillance habituelle, il a mis l'Allergine à notre disposition et ainsi il nous a permis de faire rapidement disparaître des fistules déjà constituées ou en voie de formation. Peut-être même, l'Allergine est-elle intervenue directement sur les lésions pleurales. De toute manière elle a contribué si efficacement au rétablissement de notre petite malade que nous tenons à insister sur le rôle qu'elle nous a semblé jouer.

1. *Aucun inconvénient n'a été noté.*

a) Du point de vue général, pas de réaction vive ou désagréable : peu de fièvre, malaise minime.

b) Au point de vue local, peu de douleur, pas de séquelle.

c) Au point de vue focal, la tuberculose pulmonaire n'a subi aucun réveil, au contraire. Mais du fait de la stabilisation antérieure des lésions parenchymateuses et du collapsus pulmonaire effectif, aucune conclusion ne peut être tirée. Nous aurions été plus prudents et plus réservés si des foyers évolutifs avaient existé.

2. *Par contre les avantages nous semblent des plus nets.*

a) Nous serons réservés dans l'appréciation de l'action sur les lésions pleurales. Il nous faut attendre l'évolution et le recul du temps. Il faut aussi estimer à sa juste valeur le traitement par l'oléothorax qui a suffi, dans quelques observations, à amener à lui seul la guérison.

b) Mais l'effet thérapeutique sur la fistule pariétale est considérable. On peut d'ailleurs rapprocher de notre cas les tuberculoses cutanées et chirurgicales (ganglionnaires et osseuses) qui sont généralement très améliorées par l'emploi du vaccin.

Quoi qu'il en soit, la fistule de notre malade fut remarquablement modifiée dès les premières injections. Les foyers tuberculeux qui persistaient dans la paroi ont été très vite éteints, et à trois reprises l'arrêt de la fistulisation fut obtenu en quelques jours. Une première fois, la pleurotomie et l'oléothorax combinés n'avaient pu empêcher la quasi-apparition d'un empyème de nécessité et l'aggravation d'un état général précaire. Deux injections font tomber la fièvre et disparaître la tuméfaction thoracique, si bien qu'en quinze jours la cicatrice reprend son aspect normal. Un traitement vaccinal systématique prolonge dix-huit mois l'évolution sans incidents notables, sauf, à deux reprises, la formation d'une fistule minime qui fut chaque fois jugulée en peu de temps.

En somme, il s'agit là de constatations objectives indiscutables indépendantes de toute interprétation personnelle. Et il nous semble impossible de ne pas admettre l'action directe, immédiate et très favorable de l'Allergine sur la fistule pariétale. D'autres observations sont nécessaires pour en préciser les indications et les résultats, tant au point de vue local, par l'étude objective des lésions, que du point de vue général par la surveillance du malade, la courbe thermique, la courbe du poids et les cutiréactions en série.

Traitement des Pleurésies Purulentes Tuberculeuses

I. Traitement Médical

C'est le traitement classique généralement adopté à l'heure actuelle. Il comporte :

1. Les thoracentèses évacuatrices ;

2. Les injections de gaz ou de liquides modificateurs.

A. La thoracentèse.

Pour être efficace et inoffensive, la thoracentèse comporte un certain nombre de précautions :

Elle doit se faire autant que possible loin de la région hilaire, zone vasculo-nerveuse dangereuse ; elle doit être pratiquée en pleine matité ou au point déclive ;

Elle doit viser à une évacuation aussi complète que possible, qui est parfois rendue difficile du fait de l'abondance du liquide, de sa consistance épaisse, de sa reproduction rapide ;

Elle doit créer un traumatisme pariétal minime : par l'orifice de ponction, une infection pariétale est possible avec toutes ses conséquences. On emploiera donc les aiguilles fines préconisées par M. Léon Kindberg ou encore l'aiguille de l'appareil à pneumothorax de M. Jousset, comme le conseille M. le Professeur Sergent. Et, suivant ce dernier auteur, toute une série de petites manœuvres doit être pratiquée avant de retirer l'aiguille. Il fait coucher le malade sur le côté sain ; l'aiguille, maintenue en place, ne baigne plus dans le pus. Il introduit ensuite avec rapidité, car le procédé est douloureux, le mandrin chauffé au rouge dans la lumière de l'aiguille qui est immédiatement retirée. M. P. Pruvost recommande d'insuffler un peu d'air avant de retirer l'aiguille, et pendant que celle-ci est retirée rapidement, afin de ne pas semer des traces de pus dans l'épaisseur de la paroi au cours de cette manœuvre. On applique ensuite un bandage de corps avec compression sur le point de ponction et l'on recommande au malade de rester quelque temps dans ce décubitus latéral sur le côté sain.

La thoracentèse constitue en somme une thérapeutique délicate et absorbante. Elle nécessite des examens radiologiques en série qui sont les meilleurs tests pour décider l'indication d'une nouvelle ponction et pour éviter les troubles fonctionnels et les vomiques (M. le Professeur Sergent). Elle demande à être répétée fréquemment, car on ne doit

pas abandonner à eux-mêmes ces épanchements purulents. (M. Léon Kindberg).

B. Les injections modificatrices.

Les inconvénients de la thoracentèse répétée ont suscité des tentatives thérapeutiques parmi lesquelles les réinjections de liquides modificateurs sont les plus intéressantes. Potain, le premier, en 1888, proposait, dans le traitement d'une pleurésie séro-fibrineuse après pneumothorax, la ponction évacuatrice suivie d'une réinjection d'air. Ayerza, de Buenos-Aires, propose la réinjection d'azote. Vaquez et Guiserne, puis Achard et Grenet, P.-E. Weil et Loiseleur revinrent à la réinjection d'air : technique de la pneumo-séreuse. Enfin, MM. Sergent, Rist, Léon Bernard, Kindberg, Courcoux, Besançon, Bordet, à l'occasion de publications et de discussions récentes, précisent leur technique qui ne varie que quant à la substance modificatrice.

L'air, l'oxygène, l'azote pur ou l'azote goménolé, l'eau chlorurée, liquide de Callot, les solutions de Lugol, d'argyrol, d'électrargol, de chloramine, de lysoforme, de sanocrysine, de chrysalbine, de morrhuate d'éthyle, le lipiodol et surtout l'oléo-goménol ont été proposés et défendus.

Cette longue énumération, où nous faisons volontairement beaucoup d'oublis, montre, selon les termes de M. Sergent, que nous n'avons pas encore à notre disposition le modificateur idéal. Il semble

que les prélèvements successifs ont au moins autant d'influence que les substances modificatrices injectées dans la plèvre. Ces substances agissent probablement moins par leur spécificité antibacillaire que par les réactions pleurales intenses qu'elles déterminent : le plus souvent, réactions congestives et exsudatives assez intenses pour déterminer, surtout au début des troubles subjectifs chez le malade, une hypersécrétion pleurale ou une recrudescence transitoire de la suppuration.

Parmi tous ces liquides modificateurs, c'est, à l'heure actuelle, l'huile gomenolée qui jouit de la plus grande faveur.

L'oléothorax, méthode thérapeutique récente, a été proposée d'abord par M. Bernon de Chateaubriant, qui, en 1921, tentait les premières injections massives d'huile goménolée. A vrai dire, Wegner, Leriche, Burnand et d'autres encore, avaient bien essayé déjà de traiter par injections d'huile les pleurésies tuberculeuses. Mais ils en injectaient des quantités minimes et c'est à M. Bernon que revient tout le mérite de l'oléo-goménol d'une part, des injections massives d'autre part, réalisant un véritable blocage huileux de la plèvre. Sa méthode, reprise et précisée depuis par de nombreux auteurs : Küss en 1925, puis Sergent, Léon Bernard, Rist, Besançon, Courcoux, Burnand. Mlle Fontaine (thèse Paris 1929) reprend dans une étude d'ensemble les indications générales et les résultats fournis par cette méthode.

Elle consiste essentiellement, comme il a été fait dans l'observation de MM. Pierre Pruvost et Jean Quénu, à réaliser un oléothorax aussi complet, aussi total que possible, un véritable blocage de la plèvre ; mais les injections doivent être progressives et tenir compte de la susceptibilité de chaque malade. On se contentera au début de quelques centimètres cubes d'huile faiblement goménolée : à 2 pour cent par exemple. Puis ce n'est que petit à petit qu'on augmentera et la quantité d'huile injectée, et sa concentration, sans jamais dépasser 5 pour cent en général, et en surveillant toujours avec soin la pression intra-pleurale.

A ce prix, les résultats pour nombre d'auteurs sont souvent très satisfaisants. La fièvre tombe, l'état général s'améliore et nombre de guérisons ont été signalées.

Le mécanisme d'action de l'oléothorax a été discuté. Rappelons qu'on a pu lui accorder une *action antiseptique*, qui serait réalisée à la fois par le goménol et par l'huile végétale. Mais, pour M. Noël Fiessinger, il s'agit moins d'un effet bactéricide propre au goménol que d'une *action biochimique* combinée due à la présence de l'huile dans la plèvre. L'huile goménolée agirait en activant la protéolyse. Les ferments protéolytiques des polynucléaires liquéfieraient les produits caséeux, ce qui faciliterait la détersion de la paroi. Quoi qu'il en soit, l'oléothorax semble avoir avant tout une *action mécanique :* lorsqu'il est entretenu, d'une part, l'huile s'op-

pose par son volume au rapprochement des plèvres, limitant la symphyse ; d'autre part, elle exerce une compression pulmonaire constante qui a une importance souvent considérable chez de tels malades.

Mais à côté des défenseurs de la méthode, il y a nombre de thérapeutes pour en discuter la valeur et les résultats. D'ailleurs, l'oléothorax est inapplicable dans les épanchements purulents compliqués de fistule pleuro--pulmonaire relativement large. Il est inopérant (Hinault et Guinard, Terrasse et Tobé), et rend la situation intolérable pour le malade obsédé par ses vomiques oléo-goménolées. Pour les épanchements purulents tuberculeux surinfectés, son efficacité est douteuse. De plus, M. Léon Kindberg a observé une perforation pleurale avec vomique et mort, ou des phénomènes d'intolérance qui obligèrent à l'interrompre.

Il ne resterait donc du domaine de l'oléothorax que les pleurésies purulentes tuberculeuses, sans perforation pleurale, sans surinfection. MM. Buc, Tobé et Terrasse, Maurice Renaud, L. Kindberg ne pensent pas, même dans ce cas, que la méthode présente des avantages extraordinaires.

Ces conclusions nous ramènent d'ailleurs aux propres conclusions de M. le Professeur E. Sergent que nous rapportions précédemment.

« Le liquide modificateur reste à trouver. »

Cependant dans l'observation que nous rapportons, la présence de l'huile goménolée paraît avoir

été favorable, et avoir influencé heureusement les modifications de la plèvre puisque, d'une part, le pus n'a pas augmenté de volume, comme on pouvait s'en rendre compte à la radioscopie, puisque, d'autre part, ce pus s'est transformé petit à petit en liquide séro-hémorragique, puis séro-fibrineux, ce qui témoigne d'une évolution très nette vers la guérison des lésions de la séreuse, évolution inverse de celle qui traduit l'aggravation des pleurésies séro-fibrineuses qui tournent à la purulence.

Néanmoins, devant la carence possible et trop fréquente des procédés médicaux habituels, quelques chercheurs se sont adressés à la chirurgie. Aussi allons-nous esquisser rapidement l'historique de cette thérapeutique sanglante, en développant les idées actuelles exposées de façon assez différentes par MM. Maurice Renaud, Petit-Maire et Miguet, et par MM. Pierre Pruvost et Jean Quénu.

Mais auparavant nous n'hésiterons pas à rappeler avec ces derniers que dans un très grand nombre de cas les interventions médicales suffisent et qu'elles finissent par améliorer et guérir les pleurésies purulentes en laissant se développer un état de pachypleurite et symphyse, pour peu qu'on y mette de la patience, de la prudence et de la minutie.

II. — Traitement chirurgical des Pleurésies purulentes tuberculeuses

Le traitement médical des pleurésies purulentes tuberculeuses a donné suivant les procédés et suivant les auteurs, des résultats trop variables, des améliorations souvent très lentes à obtenir. Aussi récemment a-t-on tenté des traitements chirurgicaux d'une manière assez systémtique.

Depuis longtemps déjà le traitement chirurgical avait été mis en œuvre ; les résultats avaient été décevants, aussi *l'opinion des auteurs classiques* à ce sujet est-elle formelle ; *l'intervention doit se réduire à des ponctions simples largement espacées*, à des interventions médicales ; d'après eux la thoracotomie pratiquée dans l'empyème tuberculeux a toujours été suivie de résultats lamentables ; soit d'infection putride, mortelle à bref délai, dans quelques cas rares, soit de fistule intarissable ou de carie costale secondaire.

La pleurotomie pratiquée chez un tuberculeux atteint d'une pleurésie purulente banale est elle-même une intervention grave rarement suivie de guérison, car la tuberculose pulmonaire concomitante s'aggrave et évolue ensuite rapidement.

De nombreux auteurs modernes restent également dans l'expectative ; c'est entre autres l'avis de

MM. Bérard et Lardennois rapporteurs au congrès de Chirurgie de 1928.

Cependant M. Maurice Renaud préconise l'ouverture et le drainage de la plèvre dans les pleurésies purulentes tuberculeuses.

Cet auteur rapporte avec ses collaborateurs MM. Petit-Maire et Miguet à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris plusieurs observations de pleurésies purulentes traitées par cette méthode.

Dans un premier cas, il s'agit d'une malade âgée de 18 ans traitée par un pneumothorax depuis deux ans. Ce dernier s'étant rapidement compliqué de pleurésie purulente, on avait fait un oléothorax. Lorsque cette malade arrive dans le service de M. Renaud à Brévannes, son état général est des plus précaires ; l'épanchement considérable de l'hémithorax gauche provoque des troubles cardiaques importants. La pleurésie est évacuée par thoracotomie, peu à peu les accidents cardiaques disparaissent, en même temps que l'état général s'améliore. La suppuration pleurale persiste intermittente, mais légère.

Dans une autre observation, il s'agit d'une malade traitée en 1025 par un pneumothorax. Un épanchement purulent se forme et un oléothorax est institué. Une rémission légère de la maladie apparaît en 1927 et on peut croire à un succès de l'oléothorax. Cependant l'affection reprend une marche nettement défavorable ; et lorsqu'on l'envoie à Brévan-

nes, on la considère comme perdue. Après pleurotomie, l'état général de cette malade se transforme complètement et le succès obtenu dépasse les prévisions des auteurs.

Dans une troisième observation, il s'agit d'une malade présentant depuis deux ans une tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse à marche progressive. Elle a de plus une pleurésie purulente gauche avec présence de bacilles de Koch dans le pus. Après trois mois de cure au cours de laquelle l'état général s'altère progressivement, une pleurotomie est pratiquée. Le résultat obtenu est très heureux et les auteurs peuvent croire à une guérison complète et définitive de la pleurésie purulente ; pendant un certain temps en effet la suppuration est complètement tarie. La suppuration pleurale reprend cependant légère, mais l'état général est très amélioré ; et si la malade reste toujours une tuberculeuse pulmonaire avec expectoration bacillifère, la maladie a pris une tout autre allure.

MM. Maurice Renaud, Petit Maire et Miget insistent sur les heureux effets de la pleurotomie. Ils font une brèche déclive de 3 à 4 cm. de long et la maintiennent ouverte à minima à l'aide d'une mèche. Par cette brèche, ils pratiquent avec une canule, des lavages de la plèvre. Comme le font remarquer ces auteurs, cette pleurotomie n'est guère qu'une ponction dont on maintient un trajet béant, grâce auquel on peut librement évacuer et surveil-

ler la cavité pleurale. Le drainage de la plèvre a permis tout d'abord d'éviter aux malades une mort prochaine et ceci constitue, à notre avis, le plus gros argument en faveur de la méthode.

La guérison est incomplète, il est vrai ; il persiste une petite suppuration par l'orifice de drainage.

En réponse à des critiques qui leur ont été formulées ces auteurs rapportent à une séance de la Société Médicale des Hôpitaux du début de novembre 1929, les résultats éloignés des pleurotomies et à ce propos leurs conclusions générales sont les suivantes :

« Au cours d'une pleurésie tuberculeuse la pleurotomie ne peut que modifier l'évolution pleurale ; elle ne semble, par contre, nullement modifier l'évolution des lésions pulmonaires sous-jacentes.

« Cette pleurotomie constitue une intervention sans gravité ; les inconvénients du drain sont minimes ; elle peut avoir des effets extrêmement heureux sur l'état général qui s'améliore rapidement.

« Cette action est enfin impossible à prévoir, mais étant donné la gravité de l'affection, il faut de toutes manières en faire bénéficier le malade. »

Examinons maintenant les différentes critiques que l'on peut adresser à cette méthode ; puis nous étudierons les modifications qu'on peut apporter, comme le proposent MM. Pruvost et Quénu.

De l'exposé de ces conceptions thérapeutiques émises par MM. Maurice Renaud et ses collabora-

teurs, M. Léon Bernard a apporté quelques réserves. Selon cet auteur les pleurésies purulentes tuberculeuses sont en général indemnes d'infection secondaire. Le gros danger d'une intervention chirurgicale laissant ouvert le foyer tuberculeux, est l'apport d'une infection secondaire qui aggrave singulièrement le pronostic. On sait, en effet, que la fistulisation d'une suppuration tuberculeuse secondaire à une ponction pratiquée sans soin est d'un pronostic sévère ; à plus forte raison doit-on s'abstenir dans ces cas de toute ouverture large ; de plus, la fistule chirurgicale risque de persister très longtemps, et sa cicatrisation est en général très difficile à obtenir.

Aussi selon M. Léon Bernard, les pleurésies purulentes tuberculeuses ne sont pas justiciables de la pleurotomie, sauf dans le cas où elles sont infectées secondairement, ou qu'un accident mécanique grave nécessite une intervention immédiate.

A propos de cette même communication, M. Léon Kindberg reconnaît que dans certains cas de pleurésie purulente tuberculeuse, il faut savoir intervenir l'évacuation du pus tuberculeux permet d'éviter les troubles mécaniques et toxiques qu'entraînent sa présence. Cependant pour les mêmes raisons que M. Léon Bernard et Rist, il n'est pas partisan de l'intervention chirurgicale, surtout par crainte de la fistule ; il serait malgré tout favorable à cette méthode, dans certaines formes exceptionnelles, comme premier temps d'une thoracoplastie.

Récemment encore, MM. Sergent et Turpin ont insisté à nouveau sur la difficulté du traitement de ces épanchements purulents tuberculeux de la plèvre.

A propos de deux observations, ils montrent la suite fâcheuse du traitement chirurgical, tant immédiates que tardives, à lointaine échéance. Les suites opératoires tardives comportent également de nombreuses réserves. La fistule pariétale entretient la suppuration de la séreuse, surtout lorsqu'un drain laissé en place joue le rôle de corps étranger.

Une infection secondaire apparaît souvent. Elle se manifeste cliniquement par de brusques ascensions thermiques, en même temps que la suppuration devient fétide. Cette fistule enfin entretient une pression pleurale positive qui s'oppose à la production de la symphyse et entretient la suppuration de la poche.

MM. Sergent et Turpin estiment donc que la pleurotomie ne doit être qu'une opération de nécessité. Elle ne doit être pratiquée que dans le cas où l'épanchement purulent doit être rapidement évacué, et lorsque cette évacuation n'est pas possible par simple ponction. C'est ainsi qu'une pareille intervention peut être inévitable quand l'épanchement se complique de vomique, d'empyème de nécessité, d'infection secondaire, et qui ne peut être évacué par ponction simple en raison de l'épaisseur du pus ou de l'abondance des fausses membranes. Mais on

ne saurait recourir dans n'importe quel cas à cette intervention, car la fistulisation pleuro-pariétale qui en est la conséquence apporte dans la grande majorité des cas, sinon toujours, une entrave à la guérison.

Nous avons tenu à exposer longuement les critiques qui ont été adressées à la méthode de M. Renaud. Ces critiques nous fournissent en effet des arguments en faveur des idées de MM. Pierre Pruvost et Quénu dans l'observation rapportée. Il s'agissait ici d'évacuer un épanchement qui ne pouvait l'être par les moyens médicaux : il s'agissait aussi de parer aux inconvénients d'une fistule existant déjà. Les auteurs ont pratiqué alors une pleurotomie simple en région déclive et ont ainsi évacué complètement un pus trop épais, caséeux, avec parfois quelques fausses membranes. Puis après destruction et exérèse des lésions de la fistule, ils ont fermé la plaie opératoire.

L'anesthésie locale suffit amplement. Les suites opératoires immédiates ont été bonnes, la malade n'est pas choquée par une intervention relativement minime. Les suites opératoires tardives ont été également satisfaisantes ; on évite en effet par la fermeture en un temps, l'infection secondaire de la poche, redoutée à juste titre par tant d'auteurs ; on évite également la fistulisation secondaire de l'orifice d'incision et ses conséquences, la suppuration interminable et si difficile à traiter.

Reste à savoir si la fistule ne se rouvrira pas ; tout dépend de l'étendue des lésions pariétales, de leur profondeur, de la durée de leur évolution, du travail destructeur qu'on a pu réaliser chirurgicalement. Il faut tenir compte aussi de la partie profonde de la plaie pariétale, qui est fatalement en connexion avec les lésions tuberculeuses de la plèvre et qui, de ce fait, a tendance à se tuberculiser à nouveau, amorçant ainsi un réveil de la fistule.

C'est de cette conception de la crainte de cette récidive, qu'est partie l'idée d'associer un traitement spécifique au traitement chirurgical : avoir l'espoir que plus efficace généralement et plus facile à manier dans les tuberculoses cutanées, il pourrait ici apporter sa contribution à la fermeture, pendant que par d'autres moyens associés, on essayait de modifier les lésions de la surface pleurale.

De ces données se déduisent aisément les différences entre cette intervention chirurgicale et celle qui a été proposée par M. Maurice Renaud et ses collaborateurs, intervention plus complète, associée, médico-chirurgicale.

Ces méthodes chirurgicales ne sont donc pas applicables à tous les cas. D'ailleurs il existe une grande variété d'épanchements purulents tuberculeux de la plèvre ; tantôt simple à pleurésies tuberculeuses purulentes, tantôt pyopneumothorax tuberculeux, tantôt enfin pleurésie purulente tuberculeuse surinfectée. Chaque forme a son aspect clinique.

L'évolution est souvent différente selon les formes et le traitement doit être éclectique. Nous voudrions poser pour l'heure actuelle deux cirsonstances qui permettent de faire bénéficier les pleurésies purulentes tuberculeuses de la pleurotomie. Celle-ci pourra être envisagée.

1. Lorsque l'évacuation du pus est rendue impossible par la simple ponction, soit que le pus ait une consistance trop épaisse (caséum) soit qu'il se reproduise trop rapidement, amenant des troubles fonctionnels sérieux et que les interventions médicales n'arrivent pas à la juguler.

2. Lorsqu'une surinfection apparaît, en particulier à la suite d'une fistule pleuro-pariétale, la pleurotomie assure une évacuation quasi-complète de la poche et se complète facilement de l'excision de la fistule.

Dans ce cas, il nous semble qu'une pleurotomie évacuatrice, avec fermeture immédiate, si possible, constitue un acte thérapeutique salutaire qui comporte beaucoup moins d'inconvénients que la thoracoplastie mutilante et parfois choquante.

Car enfin les pleurésies purulentes tuberculeuses sont dans quelques cas justiciables de la *thoracoplastie*.

Le but de la thoracoplastie est d'appliquer après évacuation du liquide par ponction les deux parois pleurales l'une contre l'autre ; on supprime ainsi

la cavité pleurale dont la persistance est à elle seule une cause de purulence. Cette thoracoplastie peut être primitive ou secondaire. Elle est primitive, lorsqu'il n'y a eu ni pleurotomie, ni drainage préalable. Cette thoracoplastie est extra-pleurale, paravertébrale, complétée ultérieurement, s'il le faut par un désossement antéro-latéral plus étendu que Maurer appelle la « thoracoplastie élargie ». Ce genre d'intervention qui n'intéresse pas la plèvre constitue ce qu'on appelle une opération idéale.

Secondaire, c'est alors la thoracoplastie de nécessité, bien connue depuis longtemps des chirurgiens. Le malade est porteur d'une fistule pleurale et mourra certainement si elle n'est pas tarie ; cette guérison ne peut survenir que par la mise en contact des parois pleurales.

La thoracoplastie avec drainage est de l'avis de nombreux chirurgiens, un procédé d'exception à n'employer que dans un épanchement surinfecté de façon si virulente qu'il mette en danger la vie du malade. Pour Archibald le drainage à thorax fermé est le procédé de choix.

La thoracotomie simple a elle même des indications variables ; c'est ainsi que la plupart des auteurs admettent qu'elle est indispensable lorsqu'il y a fistule pleurale externe. L'indication est encore assez nette quand il y a fistule broncho-pleurale qui ne se ferme pas, ainsi que le prouve l'expectoration colorée après injection pleurale. Dans presque

tous les autres cas les indications sont difficiles à poser et souvent discutables.

Les résultats obtenus sont diversement appréciés et ceci pour de multiples raisons ; en effet, l'état des opérés n'est souvent guère comparable ; leur état général, l'importance des lésions pleurales, l'état du poumon sous-jacent sont en effet autant de variables dont il faut tenir compte dans un avenir récent et lointain.

LAMAR LIBRARY

Conclusions

1° Si dans la majorité des cas, les interventions médicales constituent le traitement de choix des pleurésies purulentes tuberculeuses, le traitement chirurgical ne doit pas être systématiquement écarté malgré ses inconvénients et ses dangers.

2° Le traitement chirurgical, à notre avis, d'une part, ne sera guère indiqué qu'après échec du traitement médical ou impossibilité de le réaliser ; d'autre part, il ne sera de mise que si la gravité de la pleurésie ou de ses conséquences fait courir des risques sérieux qu'on peut espérer amoindrir.

3° Les interventions chirurgicales seront réduites au minimum, la thoracoplastie ne convenant guère qu'à des pleurésies très graves et fistulisées, la pleurotomie devant être préférée dans la plupart des cas.

4° Pour éviter l'infection secondaire qui complique si fréquemment la fistule, rançon presque inévitable de la pleurotomie, il est intéressant de retenir la possibilité de faire une pleurotomie sans drainage, comme dans l'observation de MM. Pierre Pru-

vost et Quénu, à condition de l'associer à un traitement médical.

5° Dans les pleurésies purulentes fistulisées, il semble bien qu'on puisse dissocier plusieurs buts à remplir, la guérison de la fistule d'une part, qui ressort du traitement chirurgical et du traitement spécifique ; d'autre part, la pleurésie à proprement parler, qui relève des évacuations et des injections de substances modificatrices.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
SERGENT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Bibliographie

Ch. Achard. — L'insufflation d'air dans la thérapeutique des épanchements pleuraux. Journal des Praticiens, 14 août 1925.

Bérard et Lardennois. — Congrès de Chirurgie 1928.

R. Burnand. — Sur le traitement des pyopneumothorax tuberculeux. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, séance du 25 mai 1928.

A. Chauffard. — Evolution des pleurésies purulentes tuberculeuses. Presse Médicale, 9 sept. 1919.

Courcoux, Tobé et Mlle Raphael. — L'oléothorax dans la pleurésie purulente tuberculeuse chronique à type d'abcès froid pleural. Rev. de la Tub., 3e série, T. IX, n° 5, oct. 1928, p. 761.

Mlle Fontaine. — Thèse Paris, 1929.

Hinalt et Guinard. — Indications et technique de l'oléothorax. Disc. Buc, Terrasse et Tobé. Bull. Soc. Méd. de Sanat., février 1928.

A. Jousset. — TrTaitement de la tuberculose par l'allergine. Presse Médicale, n° 22 du 16 mars 1929.

Kuss. — Indications, résultats et technique des oléothorax dans les tuberculoses pulmonaires et pleurales. Arch. méd. clin. de l'app. resp., n° 3-1926.

Léon Kindberg. — A propos du traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 20 avril 1928.

M. Renand et Juge. — Pleurésie purulente devenue chronique et reconnue tardivement tuberculeuse. Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Séance du 9 mars 1928.

M. Renaud, Petit-Maire *et* Migeᵗ. — Ouverture et drainage de la plèvre dans les pleurésies tuberculeuses. Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Séance du 30 mars 1928.

E. Sergent. — Deux cas de pyopneumothorax tuberculeux traités avec succès par injections intra-pleurales d'azote goménolé. Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Séance du 20 avril 1917.

E. Sergent et Turpin. — Archive méd. Chir. des voies resp., T. I, 36.

E. Sergent et Turpin. — Evolution clinique et radiologique de deux pleurésies purulentes tuberculeuses de la grande cavité traitées par ponctions évacuatrices successives suivis d'oléogoménol. Symphyse pleurale terminale. Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Séance du 8 juin 1928.

E. Sergent et Turpin. — Le traitement des épanchements purulents tuberculeux de la plèvre. Arch. Méd. chir. de l'app. resp., T. IV, n° 1, janvier 1929.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette